

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2103 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL BYAS YOUSSEF

Date de naissance :

03/04/49

Adresse :

C8801

Tél. : 06 68 85 25 49

Total des frais engagés : 8 111,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/06/2022

Nom et prénom du malade : EL BYAS MOHAMMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Toux/les olis/est. + anoxie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

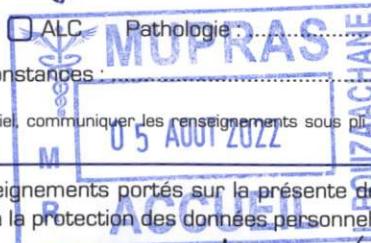
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 05 AOUT 2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant du paiement des Actes
29-06 2022	C	1	120,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MAISON DE SANTÉ Normandie Dr. J. P. LAFAYE 05/06/2022</i>	2021-06-22	140,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور مصطفى خليل

Docteur Mustapha Khalil

14, Avenue du Nil, Mabrouka
 Tél: { CAB. Fax : 0522 37 12 80
 DOM. : 0522 98 34 14
 URGENCE : 0663 09 41 09

14، شارع النيل. مبروكه

عيادة. فاكس : 0522 37 12 80
 منزل : 0522 98 34 14
 مسجلات : 0663 09 41 09

Casablanca, le 29/10/2022

CASA - Tel: 05 22 70 08 17
 Attachement, Sidi Moumen
 Dr. LACHHAAL Nouridine
 PHARMACIE SALIHA

- 31,50 - Pyrosix Fl. de 350ml **(SV)**
 1/2 soupe après 3 repas
- 40,80 - Motilium 1mg/ML **(SV)**
 1 fl. doses 3 f. pas Jeux
- 24,00 - Cataflam 50mg **(SV)**
 1 doz. au milieu repos midi
- 44,50 - Apenat **(SV)**
 1cp 1/2 h. avant repas midi et soir

140.80

Dr. KHALIL Mustapha
 14 Av. du Nil (BP 4247) Casablanca
 Mabrouka (Quedira)
 INPI: 051001899
 TEL: 05 22 37 12 80 - Port: 05 63 09 41 09



6 118000 191537

